

Zielona Góra dnia .....

Nazwa podmiotu

### **Oświadczenie**

Niniejszym potwierdzam spełnienie warunków do prowadzenia stażu podyplomowego lekarzy, lekarzy dentyków określonych w § 5 i w § 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentyki (Dz. U. 2012 r., poz. 1082 z późn. zm.).

Pieczętka i podpis  
Kierownika podmiotu